



FORMA DEL/LA NIÑO/A DE MAKE-A-WISH

Nombre del/la Niño/a: _____
Nombre *Segundo Nombre* *Apellido*

Nombre Preferido: _____ Género: Masculino Femenino

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Tamaño de Playera del/la Niño/a: _____

Condición Médica del/la Niño/a: _____

Domicilio Principal del/la Niño/a: _____

Teléfono Móvil del/la Niño/a, si es aplicable: (____) _____

Domicilio Electrónico del/la Niño/a, si es aplicable: _____

Mis Favoritos:

Color	_____	Música/Cantante	_____
Libro/Cuento	_____	Pasatiempo	_____
Juego	_____	Película	_____
Comida	_____	Programa de TV	_____
Restaurante	_____	Actor/Actriz	_____
Pastel/Dulce	_____	Deporte/Atleta	_____
Botana	_____	Mascota/Animal	_____
Clase Escolar	_____	Otra	_____

Cuando salgo afuera, me gusta...

Cuando estoy en casa, me gusta...

Los aparatos electrónicos / juegos con los que me gusta jugar son...

Cuando estoy con mi familia, me gusta...

Cuando estoy con mis amigos, me gusta...

Al pensar sobre un deseo, algunas de mis ideas incluyen...

MI DESEO ES...

Éste es mi deseo porque...

Para mí, las partes más importantes de mi deseo serán...

Cuando pienso sobre mi deseo, me imagino...

Notas...



FORMA DE LA FAMILIA DE MAKE-A-WISH

Nombre del/la Niño/a: _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

Padre/Madre/Tutor/a Legal: _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

Madre Padre Otra: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Teléfono del Hogar: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____

Teléfono Móvil: (____) _____ Domicilio Electrónico: _____

Padre/Madre/Tutor/a Legal: _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

Madre Padre Otra: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Teléfono del Hogar: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____

Teléfono Móvil: (____) _____ Domicilio Electrónico: _____

Deseo Previo: ¿Alguna vez se le ha concedido un deseo a su hijo/a, o él/ella ha sido considerado/a por Make-A-Wish® o por cualquier otra organización que otorga deseos? Sí* No. *Si contestó Sí, por favor indique el nombre de la organización, el deseo, y la fecha en el que se le otorgó o se le otorgará.

Un deseo con otra organización no puede llevarse a cabo antes de la realización de una experiencia con Make-A-Wish.

Redes Sociales: Make-A-Wish desea mantenerse conectada a través de redes sociales. Si esto le interesa, por favor provea la información de contacto en cada sitio en el que usted esté activo/a. _____

Firmas Requeridas

Yo entiendo y estoy de acuerdo con que:

1. No se me han hecho promesas ni se me ha asegurado cosa alguna por cualquier representante de Make-A-Wish con respecto al deseo solicitado;
2. El otorgamiento de cualquier deseo y la participación de cualquier persona en el deseo es contingente a la aprobación de Make-A-Wish y el médico del/la niño/a, así como del cumplimiento total de toda condición, cualificación, y restricción designadas por Make-A-Wish;
3. Todos los individuos con derechos de paternidad o de custodia sobre el/la niño/a deben aprobar el deseo antes de que éste se otorgue y debe firmar toda la documentación necesaria; y
4. Que el recibir un deseo puede impactar la elegibilidad a asistencia y/o beneficios públicos.

Yo juro que la información que he proporcionado es veraz y completa de acuerdo a mi conocimiento.

Firma del/la Padre/Madre/Tutor/a Legal Fecha

Firma del/la Padre/Madre/Tutor/a Legal Fecha

Por favor escriba el nombre en letra de molde

Por favor escriba el nombre en letra de molde

Nombres de los representantes de Make-A-Wish ayudando a llenar esta forma.



FORMA DE LA FAMILIA DE MAKE-A-WISH

Participantes del Deseo Solicitado, como lo indicó el/la niño/a pidiendo el deseo. Por favor liste los nombres legales de **todos** los participantes solicitados y su información relevante. **NOTA:** Make-A-Wish no garantiza la participación de cualquier individuo que aparezca en la lista de abajo.

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Relación con el/la Niño/a	Fecha de Nacimiento	Tamaño de Playera

¿**Todos los participantes del deseo solicitado residen con el/la niño/a?** Sí No
Si contestó No, liste el nombre completo de cualquier participante que no resida con el/la niño/a. Por favor detalle los arreglos de residencia/las circunstancias singulares por las que cualquier participante solicitado no resida con el/la niño/a.

¿**El/la participante del deseo tiene necesidades médicas?** Sí No
Si contestó Sí, liste el nombre completo de cualquier participante con necesidades médicas. Se puede requerir información adicional.

Contacto de Emergencia (*adulto que no sea participante*): _____

Nombre
Segundo Nombre
Apellido

Teléfono: (____) _____ Relación con el/la niño/a: _____
Domicilio Electrónico: _____

NOTA: En el evento de que existan dudas relacionadas con el significado del lenguaje usado aquí, la versión en inglés gobernará.

Antecedentes Étnicos del/la Niño/a: La siguiente información es **OPCIONAL** y será usada **SÓLO CON PROPÓSITOS ESTADÍSTICOS**. La respuesta debe proveerla el/la niño/a o sus padres/tutores si optan por hacerlo. *Por favor seleccione una o más de las siguientes opciones como sea apropiado.*

<input type="checkbox"/> Indio/a Americano/o o Nativo/a de Alaska	<input type="checkbox"/> Del Medio Oriente
<input type="checkbox"/> Nativo/a de Hawái o de Otra Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Negro/a o Afro Americano/a
<input type="checkbox"/> Asiático/a	<input type="checkbox"/> Hispano/a, Latino/a o Español/a
<input type="checkbox"/> Blanco/a o Caucásico/a	<input type="checkbox"/> Otro _____



FORMA DE INFORMACIÓN DEL DESEO DE MAKE-A-WISH

Nombre del/la Niño/a: _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

Programando el Deseo

Por favor indique tres periodos de tiempo en los cuales su familia tiene mayor disponibilidad para el cumplimiento del deseo.

_____ ó _____ ó _____
Mes/año Mes/año Mes/año

¿Hay alguna cosa en el calendario de su familia (tratamientos médicos futuros, obligaciones escolares o de trabajo, vacaciones planeadas, etc.) que pueda impactar su habilidad de participar en un deseo?

[] Sí (por favor dé los detalles abajo) [] No

Información de Identificación del Conductor

Muchos deseos envuelven el uso de un vehículo rentado. Debido a esto, por favor indique a un/a conductor/a preferido/a y potencial que pueda manejar durante el curso del deseo.
Por favor incluya una fotocopia de la/s licencia/s válida/s de manejo).

Conductor/a Preferido/a. Nombre como aparece en la licencia: _____
Núm. de Licencia Válida de Manejo: _____ Estado: _____ Fecha de Vencimiento: _____

Conductor/a Preferido/a. Nombre como aparece en la licencia: _____
Núm. de Licencia Válida de Manejo: _____ Estado: _____ Fecha de Vencimiento: _____

¿Cuenta usted con seguro automovilístico actualizado? [] Sí [] No
¿El seguro de su automóvil le provee cobertura mientras usa un auto rentado? [] Sí [] No
¿Su familia se sentiría a gusto en un vehículo rentado, si se recomendara uno para el deseo?
[] Sí [] No
¿Se necesita un vehículo con acceso para silla de ruedas? [] Sí [] No

Información Médica

Por favor llene totalmente si cualquier participante tiene necesidades médicas. Los detalles específicos se pueden listar en "Solicitudes Adicionales".

Preguntas Médicas	Sí	No	Notas
¿Cualquier participante solicitado tiene restricciones especiales de dieta? Si contestó Sí, por favor anótelas,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Cualquier participante solicitado requiere silla de ruedas? Si contestó Sí, por favor describa el tamaño de la silla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ alto ___ ancho ___ profundidad
¿Su familia traerá su propia silla de ruedas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿La silla de ruedas es plegable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿La silla de ruedas es eléctrica? Si contestó Sí, por favor indique el tipo de batería que usa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ celda seca (<i>dry cell</i>) ___ celda húmeda/gel (<i>wet / gel cell</i>)
¿Cualquier participante solicitado requerirá oxígeno? Si contestó Sí, por favor describa qué tan frecuentemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ de día ___ de noche ___ 24 horas
¿Cualquier medicamento necesita ser refrigerado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Actualmente el/la niño/a recibe atención de enfermería? Si contestó Sí, por favor liste el número de horas, la agencia y el número telefónico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horario _____ Agencia _____ Teléfono # _____
¿Cualquier participante solicitado tiene alergias a alimentos o materiales? Si contestó Sí, por favor anote quién y qué alergia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Cualquier participante solicitado requiere cualquier otro suministro <u>médico</u> ? Si contestó Sí, por favor detalle quién y qué se requiere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participante _____ Suministros _____

Solicitudes Adicionales: Cualquier solicitud adicional se cumplirá a discreción de la oficina del grupo. Si se solicitan suministros médicos durante el viaje, por favor detalle la información relevante como número de modelo, fabricante, tamaño, dimensiones, y cualquier otra información pertinente.

Información de Viaje

Por favor llene completamente si el deseo solicitado es un deseo de viaje.

Preguntas de Viaje	Sí	No	Notas
¿Su familia ha volado antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Se necesitará un intérprete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Se requerirá/n asiento/s de seguridad en el auto rentado? Si contestó Sí, ¿cuántos y de qué tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ bebé ___ pequeño ___ elevado
¿Todos los participantes solicitados pueden sentarse durante el despegue/aterrizaje en un avión? Si contestó No, por favor anote quién no puede hacerlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Se necesitará rentar una carriola? Si contestó Sí, ¿qué tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ sencilla ___ doble
¿Se requerirá hospedaje accesible a discapacitados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Cada participante solicitado tiene un pasaporte válido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Cada participante solicitado (de 18 años de edad y mayores) tiene una identificación válida emitida por el estado o federal de los Estados Unidos? Si contestó Sí, por favor provea una copia de la identificación válida de cada individuo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Su familia tiene una tarjeta de crédito válida? Típicamente, un hotel pedirá una tarjeta de crédito para incidentales que puedan ocurrir durante su estancia. Si usted no tiene tarjeta de crédito, se pueden hacer otros arreglos; sin embargo, Make-A-Wish necesita saberlo por adelantado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de Vencimiento _____